

## 資料複写申込書

九州医療科学大学附属図書館 殿

下記の通り資料の複写を申し込みますので、よろしくお願い致します。 ※太枠内をすべて記入してください。

申 込 日	年	月	日
氏 名			
住 所	〒		
連 絡 先	TEL ( )	—	
	FAX ( )	—	
	E-mail	@	
学 生 番 号			

論文名			
著 (編・訳) 者名			
出版社			
誌名			
発行年			
巻号数	巻	号	
頁 (ページ)	頁 ~	頁	
本館に所蔵していない場合、他館に依頼しますか (海外も含めて) はい ・ いいえ			
典拠 (何を見て知りましたか)			

連絡欄			
受付番号		発 送 日	年 月 日

送り先： 〒882-8508  
宮崎県延岡市吉野町 1714-1  
九州医療科学大学附属図書館  
FAX (0982) 23-5560